特別提醒事項聲明書

3A14

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註 1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 宏泰人壽保險股份有限公司

要保人簽名：_____法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____(註 2)

被保險人簽名：_____法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____(註 3)

招攬(業務)人員簽名：_____

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿 7 歲或受監護/輔助宣告者，應由法定代理人/監護人/輔助人代簽；如要保人為 7 歲(含)以上之未成年人，由本人及法定代理人簽名。

註 3:如被保險人為未滿 7 歲或受監護/輔助宣告者,應由法定代理人/監護人/輔助人代簽;如被保險人為 7 歲(含)以上之未成年人，由本人及法定代理人簽名。

中　華　民　國　　年　　月　　日

113/08 版